Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität zu Kiel.

Melancholie und Raptus melancholicus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Adolf Wörmann,

approb. Arzt aus Recklinghausen.

Kiel 1911.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität zu Kiel.

Melancholie und Raptus melancholicus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Adolf Wörmann,

approb. Arzt aus Recklinghausen.

Kiel 1911.

Druck von H. Fiencke.

No. 1.

Rektoratsjahr 1911/12.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. Graf v. **Spee,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Traurige unmotivierte oder nicht genügend motivierte Verstimmung, Denkhemmung, Wahnideen im Sinne der Minderwertigkeit und des Kleinheitswahnes sind die wesentlichen Symptome der Melancholie. Je nach dem Grade der Affektstörung spricht man von einer leichteren, einfachen Form der Melancholie (Melancholia simplex) und von einer schwereren, die meist mit lebhaften Angstzuständen einhergeht (Melancholia agitata). Tritt die Hemmung auf psychomotorischem Gebiete besonders scharf hervor, so haben wir als weitere Form die Melancholia attonita oder stupida vor uns. Ich darf jedoch nicht unerwähnt lassen, daß es nicht wenige Fälle gibt, die sich in keine dieser drei Gruppen einreihen lassen und sowohl Symptome der einen wie der anderen Gruppe zeigen, sei es, daß dieselben zeitlich nebeneinander auftreten oder auch, daß die anfänglichen Symptome der einen Gruppe später von denen einer anderen Gruppe abgelöst werden.

Dem Ausbruch der Melancholie pflegt ein kürzeres oder längeres, sogar bis zu mehreren Monaten dauerndes Vorstadium vorauszugehen, in welchem die Kranken über Kopfschmerz, Unruhe, Schlaflosigkeit, allgemeine Mattigkeit und meist auch Appetitmangel klagen. Diesen Beschwerden, die in ihrer Bedeutung gewöhnlich noch verkannt werden, folgen dann, in der Regel ziemlich plötzlich einsetzend, deutliche Symptome der Melancholie. Des Kranken bemächtigt sich, obschon seine äußeren Lebensverhältnisse

meist keinen Grund hierfür abgeben, eine tiefe, anhaltend traurige Verstimmung, »die das Gefühl von Freude und Lust ganz unterdrückt und ihn zu keiner Anteilnahme an dem, was ihn sonst interessiert, kommen läßt«, (Siemerling). Die ganze Umgebung sieht er jetzt in den schwärzesten Farben.

Neben der traurigen Verstimmung findet sich häufig eine Verlangsamung und Hemmung des Denkens und Handelns, welche dem Patienten jegliche geordnete Tätigkeit erschweren und sich bei jedem Versuch einer Beschäftigung störend bemerkbar machen. So wird die sonst tüchtige Hausfrau mit ihren Verrichtungen nicht mehr fertig; der Beamte kann die Anforderungen des gewohnten Dienstes nicht mehr erfüllen. Es kann schließlich soweit kommen, daß der Kranke völlig willenlos wird, sodaß ihm die gewöhnlichsten alltäglichen Verrichtungen, wie das An- und Ausziehen, die Einnahme der Mahlzeiten, die größten Schwierigkeiten bereiten (Westphal).

Die schon oben angedeutete Gleichgültigkeit gegenüber der Umgebung, das Gefühl von Erkaltung und innerer Leere gibt in vielen Fällen zu Selbstvorwürfen Anlaß, die noch durch die vorhandene Denkhemmung verstärkt werden können. Es entwickelt sich häufig die wahnhafte Idee, das vorhandene Gefühl der mangelhaften Leistungsfähigkeit, der subjektiven Insuffizienz sei eine selbstverschuldete Störung.

Diese Einsicht ist gewöhnlich begleitet von einem lebhaften Angstgefühl, als dessen Sitz von den Kranken die verschiedensten Körpergegenden, Brust, Kopf, Unterleib angegeben werden.

Neben den Versündigungsideen, den Ideen der eigenen Schlechtigkeit und Kleinheit finden sich nicht selten hypochondrische Wahnideen, und zwar hauptsächlich bei älteren Personen. Gewöhnlich ist es der Zustand des Magendarmkanals, der die Kranken beunruhigt. Sie stellen sich vor, als käme das Essen garnicht in den Magen, als fiele es ins Leere. Oder sie deuten die eigenartigen Empfindungen im Körper etwa so: »das Gehirn ist geschrumpft, bewegt sich; der Magen verdaut nicht mehr, die Speisen gehen mit dem Urin ab; der ganze Körper ist mit Eisenplatten ausge-

schlagen; es ist kein Blut mehr im Körper; alles in ihrem Leibe ist verbrannt und vertrocknet«.

Auch Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen kommen vor, aber in der Regel nur vorübergehend. Zum Unterschiede von denen bei der Paranoia kommt es jedoch nicht zu einer systematisierten Verarbeitung. Sie entwickeln sich gewöhnlich aus der Vorstellung des Kranken heraus, die ganze Umgebung habe etwas gegen ihn.

Sinnestäuschungen finden sich nur selten. Sind sie jedoch vorhanden, so ist ihr Inhalt, entsprechend der Depression, trauriger und beängstigender Natur.

Unter den körperlichen Erscheinungen der Melancholie spielen Störungen der Verdauung die wichtigste Rolle. Nach Westphal ist die Zunge häufig belegt, trocken und borkig, es besteht Foeter ex ore, der Appetit und die Verdauung liegen danieder. Der Stuhlgang ist meist angehalten, mitunter besteht hartnäckige Obstipation. Auch wenn keine Nahrungsverweigerung stattgefunden hat, sinkt das Körpergewicht in den meisten Fällen erheblich, um sich im Rekonvaleszensstadium wieder zu heben. Der Schlaf ist meist schlecht, häufig von beängstigenden Träumen begleitet. In schweren Fällen besteht meist dauernde Schlaflosigkeit. Die Herztätigkeit ist meist schwach und verlangsamt, zuweilen unregelmäßig. Die Respiration ist gewöhnlich oberflächlich und verlangsamt, in einzelnen agitierten Fällen jedoch auch beschleunigt und keuchend.

Das äußere Verhalten der Kranken schwankt, je nachdem die Hemmungen stärker sind als das Angstgefühl oder umgekehrt.

Wenn wir von den ganz leichten, noch wenig ausgesprochenen Fällen absehen, so gibt die erstere Form ein ganz charakteristisches Bild. Auf Befragen antwortet der Kranke nur ganz langsam, selbst über sonst geläufige Daten aus seinem Leben muß er sich längere Zeit besinnen, jegliche Anspannung seiner Aufmerksamkeit macht ihm ersichtliche Mühe. Da das Gefühl der mangelhaften Leistungsfähigkeit durch jegliche Bewegung bis zum heftigen psychischen Schmerz gesteigert wird, so sehnt sich der Kranke

ständig nach Ruhe. Bleibt er nicht den ganzen Tag im Bette liegen, so kann er stundenlang sitzend in derselben Stellung verharren, den Blick starr ins Leere gerichtet. Der Gesichtsausdruck zeigt dabei das tiefe Leiden, das bekümmerte Wesen, die Angst. Erreichen die Hemmungen ihren höchsten Grad, so spricht man von einer Melancholia cum stupore. Der Kranke antwortet dann auf Befragen überhaupt nicht mehr. Tage und Wochen kann er zubringen, ohne daß man eine Silbe von ihm hört. Nichts tut er mehr aus eigenem Antriebe. Selbst zur Verrichtung der natürlichen Bedürfnisse muß er angehalten werden. Alle Bewegungen geschehen ungemein zögernd und langsam, beim Gehen werden die Füße kaum von der Erde erhoben. Es kommt sogar vor, daß eine passiv erhobene Extremität längere Zeit in der gegebenen Stellung gehalten wird, häufig auch bemerkt man bei jedem passiven Bewegungsversuch den heftigsten Widerstand in den die entgegengesetzte Bewegung ausführenden Muskeln.

Die Auffassungsfähigkeit ist bei diesen Zuständen meist sehr beeinträchtigt und nach Lösung des Stupors haben die Kranken nur noch eine unklare Vorstellung von dem, was während desselben in ihrer Umgebung geschehen ist.

Der Verlauf der Melancholia attonita kann verschieden sein. Entweder lassen die Hemmungserscheinungen plötzlich nach, oder es kommt nach mannigfachem Wechsel von freieren und gehemmten Zeiten zu einer allmählichen Lösung des Stupors. Jedoch kann, und das möchte ich hier schon kurz erwähnen, der, sagen wir, normale Verlauf von einer plötzlichen Steigerung der Angst, die zu Gewalttätigkeiten gegen das eigene Leben führt, vom »Raptus melancholicus« unterbrochen werden.

In auffallendem Gegensatze zu dieser Form der Melancholie zeigt die von den Psychiatern mit dem Namen Melancholia agitata seu activa belegte Form die innerliche Angst und Unruhe auch in den Bewegungen und Handlungen der Kranken. An Stelle der motorischen Hemmung sehen wir hier Bewegungsunruhe. Das lebhafte Angstgefühl läßt

den Kranken keinen Augenblick zur Ruhe kommen. Jammernd und stöhnend läuft er von einem Zimmer ins andere, zupft hier und da an losen Gegenständen, zerkratzt sich den Körper, rauft sich die Haare; ja, wenn die Umgebung ihn nicht hindert, irrt er oft tagelang durch Wald und Feld. Die Angst treibt ihn des Nachts aus dem Bette, ungefragt produziert er seine Wahnvorstellungen, »daß er schlecht, daß er verworfen sei, daß er Gott geflucht habe, daß er dieses oder jenes Verbrechen begangen, daß er nicht verdaue, daß er keinen Puls, keinen Kopf hätte, daß er tot wäre« u. s. w. Dieser bunte Wechsel von Vorstellungen und ihre Flüchtigkeit hat dazu geführt, daß man in solchen Fällen von einer »melancholischen Ideenflucht« spricht.

Morel hat eine etwas andere, aber ebenfalls agitierte Form der Melancholie als Délir panophobique des aliénés gemisseurs beschrieben. Das einzige Lebenszeichen, welches diese Kranken von sich geben, ist, nach einem unveränderlichen Rhythmus zu seufzen, dabei eine oder die andere, beinahe automatische Geste ausführend.

Erreicht die Angst einen noch höheren Grad, so kann sie in tobsüchtige Erregung ausarten, in der die Kranken garnicht mehr zu beruhigen sind und alles zerstören, was ihnen in den Weg kommt.

Steigt die Angst plötzlich exzessiv, sodaß sie sich in triebartigen gewalttätigen Handlungen gegen das eigene Leben oder das der Umgebung Luft macht, so haben wir den Zustand vor uns, der von den Psychiatern mit dem Namen »Raptus melancholicus« belegt wird. Mit erstaunlicher Geschwindigkeit und Geschicklichkeit vollführen dabei die Kranken die entsetzlichsten Morde oder auch Selbstverstümmelungen (Verbrennen der Zunge, Ausreißen des Bulbus, Abschneiden des Penis u. s. w.) Es ist demnach für den Raptus melancholicus charakteristisch die auf eine kurze Spanne Zeit beschränkte, also plötzlich auftretende höchstmögliche Steigerung der Angst, die zu vorher nicht länger überlegten Gewalttätigkeiten führt. Ob sich die Gewalthandlungen dabei gegen das eigene Leben oder das Leben anderer richten, spielt keine wesentliche Rolle.

Über die Definition des Raptus melancholicus herrscht zur Zeit kein Streit der Autoren mehr, bei allen finden sich dem Sinne nach genau dieselben Angaben. Ich will deshalb nur Mendels Worte hier anführen: »In der im allgemeinen gleichmäßigen, nur mit fortschreitender Krankheit langsam und allmählich zunehmenden Depression tritt eine ganz akute Steigerung der Angst, in der Regel mit hochgradiger Präkordialangst, zuweilen mit einem heftigen neuralgischen Schmerz in der Hinterhauptgegend, im Gesichte u. s. w. — als wenn man siedendes Öl in den Kopf gießen wollte — auf, in der die Kranken jede Herrschaft über sich selbst verlieren und in blinder Wut ihren inneren Angstzustand durch gewaltsame Zerstörung, die sich bald gegen leblose Dinge, bald gegen Lebende, nicht selten auch gegen sich selbst richtet, entladen.«

Zuweilen geht dem Anfalle eine Aura voraus, entweder als ein blitzartig durchzuckender Schmerz oder als ein unbestimmtes Angstgefühl auftretend, in der die Kranken bitten, sie vor sich selbst zu schützen, alles zu entfernen, was ihnen gefährlich werden könnte (Mendel).

Ist der Anfall vorüber, so fühlt sich der Kranke gewöhnlich wesentlich erleichtert, die innere Spannung läßt nach, er ist von seiner Angst förmlich befreit. Die Erinnerung an die Geschehnisse während der Tat ist wohl getrübt, aber nicht vollständig aufgehoben, im Gegensatz zu ähnlich auftretenden Anfällen bei den Epileptikern, für die bei den Kranken meist völlige Amnesie besteht.

Wenn ich bei Gelegenheit der Darstellung der Angstmelancholie eine natürliche Überleitung zur Beschreibung des Wesens des Raptus melancholicus fand, so darf daraus nur geschlossen werden, daß derselbe sich bei der Angstmelancholie am häufigsten findet, keineswegs aber, daß er ausschließlich bei dieser vorkäme. Vielmehr kann es, wie aus der Kasuistik der Melancholie hervorgeht, bei jeder Form und in jedem Stadium der Melancholie zu einem plötzlichen heftigen Angstanfall, der zu Tätlichkeiten führt, also zu einem Raptus melancholicus kommen, oder, um es anders auszudrücken, die Gefahr des Auftretens des Raptus melancholicus

braucht in keiner Weise mit der Intensität der Krankheitserscheinungen parallel zu gehen. Sogar bei dem regungslosen Verhalten der Melancholia attonita kann die Hemmung plötzlich durch die heftigsten Angstaffekte durchbrochen werden, und es zu den energischsten Selbstmordversuchen kommen; nicht weniger bei solchen allerdings willensstarken Melancholikern, die ihre Angst Wochen, ja Monate lang vor ihrer Umgebung zu verbergen wissen und eine »heitere Maske« zeigen.

Es wäre jedoch verfehlt, wollte man jede gewalttätige Handlung der Melancholischen als im Raptus geschehen ansehen. Häufig geht eine längere Überlegung der Tat vorauf, und alle Umstände sind wohl abgewogen. So lesen wir bei Mendel: »Das Gefühl des schweren Unglücks, unter dem die Melancholischen leiden, die Hoffnungslosigkeit für alle Zukunft, welche ihnen ihr krankhafter Zustand hervorruft, lassen allmählich die Idee reifen, daß es am besten wäre, all dem Elend auf einmal durch den Tod zu entgehen. Lange vorher ist der Schritt prämediert, alle äußeren Umstände werden wohl berücksichtigt, um nicht etwa den Ausgang des Versuches zu vereiteln; zuweilen treibt dann schnell irgend eine unbedeutende äußere Veranlassung oder eine plötzliche Steigerung der Angst zur Ausführung, nachdem dieselbe wiederholt noch durch eine oder die andere Gegenvorstellung zurückgehalten worden«.

Auch Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen können einen Melancholiker schließlich zu Tätlichkeiten gegen sich selbst und andere führen und zwar hauptsächlich im späteren Stadium der Krankheit: »Ich bin nicht wert zu leben; ich muß dieses Scheusal von der Erde entfernen; ich halte diese fortwährenden Qualen durch die Zurufe, die mir alle künftigen Leiden vorhersagen, nicht aus; ich will nicht die Schande des Zuchthauses erleben; ich muß die Qualen, die der Krebs, die Syphilis, an der ich leide, bringen, entgehen« usw. In diesen Fällen werden die Selbstmordversuche, wenn sie mißglückt sind, mit außerordentlicher Hartnäckigkeit wiederholt, und schließlich bringen die Kranken durch ihre

Energie und Erfindungsgabe bei der Auswahl der Mittel es doch zu dem gewünschten Erfolge.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, einen Fall anzuführen, der in der hiesigen psychiatrischen und Nervenklinik beobachtet ist und bei dem es mehrere Male zu einem Raptus melancholicus kam.

Es handelt sich um die Ehefrau Katharina R., 62 Jahre alt.

Nach den Angaben des Ehemannes am 16. September 1910 ist sie erblich nicht belastet. In früheren Jahren (Anfang der 30er) war sie brustleidend; es soll ein Loch in der Lunge bestanden haben. Seither leidet sie immer an Husten. Seit 1874 ist sie verheiratet. Die fünf Geburten sind normal verlaufen; ein Kind starb an Halsentzündung; vier Kinder sind gesund. Die Menopause trat in den 50er Jahren ein. Vor $1^1/_2$ Jahren hatte sie zweimal einen Ohnmachtsanfall, fiel plötzlich um, war bewußtlos, blaß, hatte verzerrtes Gesicht; Krämpfe traten jedoch nicht auf. Die Bewußtlosigkeit dauerte 5—8 Minuten. Der Arzt sagte, es handele sich um eine Folge von bestehender Arterienverkalkung. Eine Jodkur wurde mit Erfolg angewandt. Vor vier Monaten litt Patientin an einer Neuralgie des rechten Armes, die mehrere Monate anhielt.

Seit $^1/_4$ Jahr ist sie immer traurig, macht sich Selbstvorwürfe, daß sie sich früher nicht geschont hätte, hat für nichts mehr Interesse, hütete seit dieser Zeit meist das Bett. Wenn sie eine halbe Stunde aufstand, bekam sie Klopfen in beiden Beinen und mußte wieder zu Bett. Dabei hatte sie nur mäßigen Appetit, trank nichts als Milch und Grütze. Verdauungsbeschwerden waren jedoch nie vorhanden, aber viel Husten mit zähschleimigem Auswurf. Die Nachtruhe war wechselnd; meist schlief sie eine Nacht gut, die andere wieder garnicht. Sehr häufig bekam sie Angstanfälle, jammerte von Stunde zu Stunde immer mehr und klagte dabei über heftige Kopfschmerzen. Einmal soll es so schlimm mit ihr geworden sein, daß sie stier vor sich hin sah, plötzlich an die Decke blickte und rief: »Krieg, Krieg«. Dabei

habe sie anscheinend etwas gesehen. Sonstige Halluzinationen sind nicht beobachtet.

Gestern abend war sie durch eine schaurige Erzählung einer Frau, die sie besuchte, sehr aufgeregt und schrie wiederholt laut auf. Des Nachts gegen 12 Uhr stöhnte sie sehr stark, klagte über Sausen und Klopfen im Kopfe und über Angstgefühl, das aus dem Magen aufsteige; sagte immer wieder, sie könne es nicht mehr ertragen. Morgens gegen 7 Uhr, als ihr Mann gerade in der Küche war, öffnete sie sich mit einem Stecheisen die rechte Pulsader. Die sehr stark blutende Wunde wurde von einem herbeigerufenen Arzte verbunden. Darauf Transport in die hiesige psychiatrische Klinik. Hier angekommen geht die R. ruhig zur Abteilung, wird erst ins Isolierhaus gebracht, aber kurze Zeit darauf in den Wachsaal.

Ich lasse hier zunächst den Allgemein-Status folgen:

Patientin ist groß, ziemlich kräftig gebaut. Die Ernährung mittelmäßig. Ohreiterungen oder Drüsenschwellungen bestehen nicht. Am rechten Handgelenke eine mehrere Centimeter lange, frische Wunde mit etwas zerklüfteten Rändern. Der Kopf auf Beklopfen nirgends empfindlich. Die Ohrläppchen nicht angewachsen. Pupillen mittelweit, beide entrundet, besonders die linke (Größe gleich). RL. +, träge, unausgiebig. RC. + besser. Augenhintergrund frei.

Der linke Mundwinkel hängt etwas herab. Zunge wird gerade hervorgestreckt, zittert nicht, ist etwas belegt. Die Gaumenbögen werden gleichmäßig erhoben, die Sprache ist etwas hastierend, dabei langsam und unbeholfen. Auch die Spontansprache macht schwerfälligen Eindruck. Aktive Bewegungen der oberen Extremitäten frei. Die Reflexe daselbst normal. Geringer Tremor manus. Die Kniereflexe lebhaft. Der Achillessehnenreflex normal. Gang etwas schwerfällig und unbeholfen. Romberg angedeutet. Geringe Unsicherheit beim Versuch, Kniehocken auszuführen.

Pinselberührung wird lokal empfunden. Schmerzempfindung normal.

Puls regelmäßig, 96 Schläge in der Minute. Die Arterien sehr rigide und gespannt. Herztöne rein.

Lungengrenzen etwas tiefstehend, nur wenig verschieblich.

Bauch: überall weich, nirgends druckempfindlich.

Urin: klar, von saurer Reaktion, frei von Eiweiß und Zucker.

Patientin atmet angestrengt und hat fortgesetzt eine leichte Unruhe im ganzen Körper, namentlich in den Händen. Sie stöhnt, hat traurigen Gesichtsausdruck. Zeitlich und örtlich ist sie orientiert, faßt gut auf.

Zur Vervollständigung des Krankheitsbildes muß ich noch die eigenen Aussagen der Patientin am Tage der Aufnahme hier anführen:

Seit heute morgen sei sie hier; sie wisse noch, wie sie hierher gekommen sei, doch sei sie erst unterwegs richtig zu sich gekommen, vorher sei »das alles richtig im Dusel gewesen«. Daß sie sich heute morgen eine Verletzung an der Pulsader beigebracht hätte, wisse sie nicht mehr recht. »Wie ich's getan hatte, da hatte ich's getan; ich hatte ja Angst, daß ich nicht mehr besser würde und meiner Familie immer zur Last fiele« (seufzt ununterbrochen). Auf die Frage, wie lange sie schon so traurig sei, sagt sie, sie habe im Juni 1910 eine Neuralgie im rechten Arm gehabt. Diese sei wieder besser geworden, »dann kam ein Rückfall«, auf der Brust habe sie so ein Zittern und Klopfen gehabt und wenn sie schlafen wollte, sei die Luft stehen geblieben. Die ganzen letzten Monate habe sie abwechselnd gut und schlecht geschlafen. Habe gewöhnlich des Nachts, aber auch am Tage »Angstschauern« gehabt: »Ich war nirgends bange für, aber ich hatte immer so'ne Angst«. Wenn die Schauern kamen, habe sie schon mal daran gedacht, sich etwas anzutun. »Wenn ich das kriegte mit der Luft, so war es, wie wenn eine Mauer ganz dicht vor meinen Augen war«. Bilder gesehen oder Stimmen gehört habe sie nie. Ihr Gedächtnis sei gut, sie könne alles behalten, von ihrer Kindheit an. Die Frage nach vorhanden gewesenem Kopfschwindel beantwortet sie dahin, schon ein paarmal sei sie umgefallen, »es war, wie wenn etwas im Magen hochstiege«. Voriges Jahr im Juni sei sie auf dem Sofa auf einmal umgefallen, ohne vorher unwohl gewesen zu sein, habe das Bewußtsein

verloren, solle ein paar Minuten dagelegen haben, dann habe sie erbrochen; hierauf sei es gut gewesen. Ein ähnlicher Anfall sei im Sommer 1908 aufgetreten.

Früher sei sie nie ernstlich krank gewesen; nur vor 32 Jahren habe sie Lungenentzündung gehabt. Schwächlich sei sie jedoch immer gewesen und habe deshalb nur im Winter die Schule besucht. Sie habe in der Schule gut gelernt, nur das Rechnen sei ihr schwer geworden. Ihre Menses habe sie bis zum 50. Jahre gehabt. Ihr Appetit sei meistens schlecht gewesen, jedoch sei er in der letzten Zeit etwas besser geworden. Die Verdauung sei immer »ein bißchen kümmerlich«. Ihre Stimmung sei immer ängstlich, sie habe an nichts Interesse. — Weint am Schluß und sagt, sie sei eine schlechte Frau.

17. IX. Patientin hat sich heute Nacht ziemlich viel im Bette umhergewälzt, war schlaflos. Nimmt genügend Nahrung zu sich.

20. IX. Sieht noch sehr verstimmt aus, jedoch nicht mehr so wie anfangs. Stellt in Abrede, noch ängstlich zu sein. Wundheilung ungestört.

25. IX. Schlaf und Nahrungsaufnahme ziemlich gut. Patientin gibt auf Befragen an, es gehe ihr eigentlich ganz gut, nur sei sie immer so traurig, wisse selbst nicht, warum.

14. X. Ist zeitweise erheblich freier, steht auf, freut sich darüber, daß sie umhergehen darf, benimmt sich etwas kindisch. Klagt oft über Stechen in der linken Seite. Morgens ist sie meist noch sehr ängstlich, traurig und mutlos.

26. X. Ist oft noch sehr ängstlich, zeitweise hypochondrisch. Schlaf ist nur mit Medikamenten zu erzielen, dann aber befriedigend. Appetit gut, Aussehen ebenfalls. Patientin regt sich über jede Kleinigkeit auf.

3 XI. Schlief die letzten Nächte ohne Schlafmittel, ist meist besserer Stimmung. Wird von den Angehörigen abgeholt.

Schon am 21. November 1910 wurde Frau R. wieder in die hiesige Klinik aufgenommen.

Über ihren Körperzustand und ihr Verhalten zu Hause seit dem 3. November machte der Sohn folgende Angaben:

»Kurz nach der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik bekam meine Mutter die Gesichtsrose, hatte hohes Fieber. Sie war ca. 14 Tage krank und wurde dann allmählich besser. Als sie wieder aufstand, ging sie immer umher, sprach vor sich hin, weinte viel und sagte: »Ich tue es doch wieder, besser werde ich doch nicht«. War immer traurig, klagte viel über Druck im Kopf. Angstanfälle hat sie nicht mehr gehabt. Sie schlief immer sehr schlecht, blieb jedoch des Nachts im Bette. Aus ihren Selbstgesprächen ging manchmal hervor, daß sie sich Selbstvorwürfe machte. Ihr Appetit war immer mäßig, die Verdauung leidlich gut. Die letzten 8 Tage saß sie aufrecht im Bette und stierte vor sich hin, sagte nichts, gab auf Fragen bisweilen Antwort, meist aber nicht. Dieses Verhalten war auch heute Morgen unverändert. Gegen Mittag war ihre Nichte, die vorher bei ihr im Zimmer gewesen war, für kurze Zeit abwesend. Als sie wieder ins Zimmer hineinging, hing die R. mit blauem Gesichte an der Türangel, eine fünffache Schnur um den Hals. Der Sohn schnitt die Schlinge ab. Die anfangs bewußtlose Patientin kam erst nach ein paar Minuten wieder zu sich. Begann dann, sobald sie wieder leidlich Luft holen konnte, laut zu stöhnen und gurgelnde Laute von sich zu geben. Versuchte auch zu sprechen, aber man verstand nichts. Der herbeigerufene Arzt machte eine Kampherinjektion. Unterwegs im Sanitätswagen, der sie zur Klinik bringen sollte, war sie fast tobsüchtig, wollte immer hinausspringen. Gab noch fortwährend Gurgellaute von sich. Erbrochen oder unter sich gelassen hat sie jedoch nicht.

Bei der Ankunft in der Klinik ist sie noch sehr aufgeregt, schlägt mit Armen und Beinen nach allen Richtungen, atmet sehr laut und angestrengt, gibt glucksende Laute von sich. Erhält nach Überführung ins Isolierhaus 0,001 Duboisin und eine Spritze Kampher. Auch nach der Injektion bleibt sie aufrecht im Bette sitzen, atmet sehr beschleunigt und angestrengt (Larynx-Ödem.). Allmählich stellt sich ein gewisser Stridor ein; die Augen treten aus dem Kopfe hervor,

die Patientin blickt ängstlich umher und preßt angestrengt die Worte: »Wa-wa-wa-sa« hervor. Das ihr dargereichte Wasser wird jedoch sofort unter heftigen Würgbewegungen ausgehustet. Nachdem das Würgen aufgehört, fragt sie plötzlich: »Was ist da — wer kommt da — was ist da?«

Die körperliche Untersuchung ergibt am Halse eine etwa 1 cm breite, stark gerötete Strangulationsmarke. Das Gesicht gerötet und gedunsen. Die Konjunktiven der Augen leicht ödematös, vereinzelte Petechien in denselben. Die Bulbi etwas vorgetrieben. Pupillen mittelweit.

RL rechts gering, links nicht vorhanden (Wirkung des Duboisin!).

Der Rachen diffus gerötet, keine sichtbaren Ödeme.

Vasomotorisches Nachröten der Haut sehr lebhaft. Puls sehr beschleunigt, ebenso Atmung. Der übrige Körperbefund ist dem oben angegebenen gleich. Nachdem Patientin eine Eiskravatte um den Hals bekommen, wird die Atmung allmählich etwas freier.

22. XI. Die ophthalmoskopische Untersuchung durch den Augenarzt ergibt keinen anormalen Befund.

Patientin ist ziemlich klar und orientiert, weiß genau, was sie gemacht hat. Auf die Frage, wie es ihr zu Hause seit ihrer Entlassung aus der hiesigen Klinik gegangen sei, sagt P., in den ersten beiden Tagen habe sie sich vollkommen wohl gefühlt, dann habe sie 8—10 Tage Gesichtsrose gehabt, die Augen seien ganz verschwollen gewesen, die Rose sei bis zur Mitte des Kopfes gegangen. Während der Rose habe sie ruhig zu Bett gelegen und sich keine Gedanken gemacht. Erst als sie wieder aufstand, sei die Traurigkeit wieder gekommen. Sie habe gedacht, sie wäre überflüssig, weil sie zu schwach war, zu arbeiten. Außerdem stehe ein Umzug nach Kronshagen bevor, vor dem habe sie sich gefürchtet; habe immer gedacht, sie werde Heimweh bekommen. Diese Gedanken habe sie fortwährend gehabt, doch habe sie Nachts meist schlafen können. Wie sie gestern dazu kam, sich etwas anzutun, wisse sie nicht recht. Sie wisse nur, daß sie furchtbar traurig war und sich so »übrig« fühlte. Sie habe sich auch eingebildet, sie werde

doch nicht wieder besser, sie falle den Angehörigen zur Last, und die Angehörigen seien zu gut zu ihr. Sie habe nicht die Absicht gehabt, sich das Leben zu nehmen — »ich will gerne leben und gesund werden«. — Das Mittagessen habe sie gestern im Bette eingenommen. Erinnert sich, daß dasselbe aus Dorsch, Senfsauce und Kartoffeln bestanden, geschmeckt habe es ihr nicht besonders. Um 2 oder 3 Uhr sei ihr das Blut so zu Kopf gestiegen, es sei eine Blutwallung und ein Hämmern im Kopfe gewesen. Alle die traurigen Gedanken seien so über sie gekommen, und sie sei unruhig und ärgerlich hin- und hergelaufen. Sie habe gewußt, daß in einer Schublade des Waschtisches ein Strick lag, der aus dünnen Schnüren zusammengesetzt war; den habe sie geholt. Sie sei so heftig und so ärgerlich gewesen; sterben wollte sie eigentlich nicht. Sie habe plötzlich den Gedanken bekommen, wie sich das machen ließe, wenn sie sich aufhängen wollte. Den Strick habe sie an einen Haken an der Tür festgemacht. An das Aufhängen selbst könne sie sich nicht mehr erinnern. Sie müsse ohnmächtig geworden sein und sei erst wieder zu sich gekommen, als sie im Bette lag. Beim Erwachen habe sie noch große Angst gefühlt, habe nicht gewußt, was los war. Sprechen sei ihr unmöglich gewesen.

30. XI. Klagt noch viel über Schmerzen im Nacken, die sich durch Phenacetin und Pyramidon bessern. Schläft wenig. Stimmung meist gedrückt.

7. XII. Die Schmerzen haben etwas nachgelassen, auch die Stimmung ist etwas besser geworden. Patientin liegt ruhig und meist ziemlich apathisch zu Bett.

14. XII. Hat immer noch wenig Schlaf, empfindet besonders des Abends Schmerzen in der rechten Schulter, die sich durch Einreiben bessern.

19. XII. Jammert weniger, klagt nur noch über Schmerzen in der rechten Schulter. Nahrungsaufnahme gut.

23. XII. Stimmung in den letzten Tagen entschieden freier. P. gibt an, sie habe nur noch, wenn sie sich aufrichte, Schmerzen im Nacken. Schläft ziemlich gut.

5. I. Unterhält sich ziemlich eifrig mit ihrem Besuch, macht entschieden freieren Eindruck. Schmerzen im Nacken nur noch gering.

13. I. Steht etwas auf, erscheint meistens gut gestimmt, unterhält sich mit anderen Kranken.

Epikrise.

Wende ich mich nun zur kritischen Betrachtung des mitgeteilten Falles, so steht zunächst die Frage kurz zu erörtern, ob es sich bei der R. überhaupt um eine Melancholie handelt.

Sowohl beim ersten wie beim zweiten Auftreten der Krankheit sehen wir bei der Patientin als Grundton eine andauernd traurige Verstimmung, daneben Interessenlosigkeit und Gleichgültigkeit gegen das, was um sie vorgeht. Auch Selbstvorwürfe macht sich die R., »daß sie sich früher nicht geschont hätte; sie sei eine schlechte Frau; sie falle den Angehörigen zur Last« u. s. w. Örtlich und zeitlich ist sie dabei vollkommen orientiert und faßt alles gut auf, was ihr gesagt wird. Schon diese letzteren Symptome sprechen gegen eine etwa vorliegende Dementia senilis, außerdem aber das Fehlen der für senile Demenz charakteristischen geistigen Schwäche und die beiden Selbstmordversuche, die bei dieser Krankheit äußerst selten vorkommen. Trotzdem Arteriosklerose bei der Patientin vorliegt, so ist doch eine lediglich auf arteriosklerotischer Basis entstandene Geisteskrankheit auszuschließen, da jegliche körperliche Ausfallserscheinungen fehlen. Aus demselben Grunde möchte ich auch eine etwaige Dementia paralytica, die psychisch ja ebenfalls dieselben Störungen hervorrufen kann, wie Melancholie, als nicht vorliegend erachten. Zudem tritt die Paralyse fast ausschließlich in jüngeren Jahren auf. Von paranoischen Zuständen kann bei der Kranken wohl auch nicht die Rede sein; denn Verfolgungsideen und Beziehungswahnvorstellungen, Desorientiertheit und Bewußtseinsstörungen sind nicht vorhanden; die Patientin weiß genau, was mit ihr geschieht, wo sie sich befindet und was sie tut. Demnach kann wohl kein Zweifel mehr bestehen, daß das Krankheitsbild zu derjenigen Gruppe von

Geistesstörungen zu zählen ist, welcher die Psychiater den Namen »Melancholie« gegeben haben.

Hallucinationen beängstigender Natur spielen in unserm Fall fast keine Rolle; die Kranke gibt selbst zu, sie habe nie Stimmen gehört, die sie bei Namen riefen oder ihre eigenen Empfindungen wiedergaben. Wenn der Ehemann erzählt, die R. habe einmal längere Zeit ganz stumm und starren Blickes im Bette gesessen, dann plötzlich an die Decke gesehen und ausgerufen: »Krieg, Krieg«, wobei sie anscheinend etwas gesehen habe, so könnte man hierin allerdings eine hallucinatorische Sinnestäuschung des Gesichts sehen. Verfolgungsideen sind niemals zu Tage getreten. Dagegen finden wir bei der Kranken ein ausgesprochenes Angstgefühl und eine in ihrer Stärke allerdings zeitweise wechselnde motorische Unruhe. Die R. kann namentlich bei dem ersten Auftreten der Krankheit am Tage nicht zur Ruhe kommen, schläft auch des Nachts schlecht, steht häufig aus dem Bette auf und geht in einem fort jammernd in den Zimmern umher. Auch wird sie viel von »Angstschauern« geplagt. Demnach könnte es wohl berechtigt erscheinen, das vorliegende Krankheitsbild der Form der Melancholia agitata oder Angstmelancholie einzureihen. Wir müssen uns allerdings dabei bewußt sein, daß wir keine ganz reine solche Form vor uns haben; denn die letzte Woche vor der zweiten Aufnahme der Patientin in die Klinik finden wir nach Aussage des Sohnes bei ihr ausgesprochene Hemmungen; eine ganze Woche lang stiert sie fast ununterbrochen vor sich hin, gibt auf Fragen bisweilen Antwort, meist aber nicht. Auch während der Behandlungszeit in der Klinik zeigt sie sich wenig agitiert. Ob der schon so frühzeitige zweite Ausbruch der Melancholie durch die interkurrierende Kopfrose ausgelöst ist, oder ob er auch ohne diese stattgefunden hätte, will ich hier nicht untersuchen. Die Wahrscheinlichkeit für die erstere Annahme besteht nach den Autoren sicherlich.

Was die Krankeit in psychiatrischer Hinsicht interessant erscheinen läßt, ist der zweimalige, gänzlich unvorhergesehene Selbstmordversuch der Patientin. Nach den früheren Ausführungen kann es wohl kaum einem Zweifel unterliegen,

daß beide Suicidalversuche in einem Raptus melancholicus geschehen sind. Nirgends haben wir in der Krankengeschichte Anhaltspunkte dafür, daß die Kranke sich längere Zeit mit Selbstmordgedanken getragen hätte. Wenn wir sie in der Zwischenpause zwischen beiden Erkrankungen einmal sagen hören: »Ich tue es doch wieder, besser werde ich doch nicht«, so sprechen die Umstände bei der Tat dagegen, daß sich an diese Worte eine längere Überlegung über die Art der Ausführung eines Selbstmordes angeschlossen hat. Der erste beste Gegenstand, den die Kranke in ihrem Angstanfall gerade findet, muß ihr als Waffe zur Ausführung der Tat dienen. Das erste Mal nach einem längere Zeit dauernden agitierten Zustande, das zweite Mal nach einem längeren mehr stuporösen Zustande, begeht sie plötzlich, ohne daß die Umgebung ein verändertes Wesen an ihr bemerkt hätte, einen Gewaltakt gegen sich selbst. Nur eine plötzliche heftige Steigerung ihres Angstgefühles bleibt als Erklärung hierfür übrig.

Der Erfolg der Tat ist glücklicherweise beide Male negativ gewesen. Die Besserung der Krankheit trat beim ersten Male ziemlich schnell ein, beim zweiten Male ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen, aber es steht nach dem derzeitigen Zustande der Patientin zu hoffen, daß die Genesung nicht mehr allzufern ist. Dennoch dürfen wir es nicht wagen, die Prognose absolut günstig zu stellen. Nach Analogie ähnlicher Fälle ist die Gefahr eines erneuten Ausbruches der Krankheit nach kürzerer oder längerer Zeit sehr groß. Vielleicht verläuft dieser weniger günstig, zumal er durch die gleichzeitig bestehende Arteriosklerose, wie aus den Worten der Autoren hervorgeht, in ungünstigem Sinne beeinflußt werden kann.

* * *

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit, die freundliche Überlassung des Materials, sowie für die gütige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 1907.

Kraepelin: Klinische Psychiatrie. 1899.

A. Cramer: Gerichtliche Psychiatrie. 1904.

Schmidtmann: Gerichtliche Medizin. 1906. Bd. III. Siemerling: Streitige geistige Krankheit.

Realencyklopaedie der gesamten Heilkunde. V und XV.

Jahresberichte: Neurologie und Psychiatrie. 1904, 1905, 1906.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten:

Dr. Kölpin: Klinische Beiträge zur Melancholiefrage.

Dr. Schott: Beitrag zur Lehre von der Melancholie.

Lebenslauf.

Verfasser, Adolf Wörmann, katholischer Konfession, wurde am 11. März 1884 zu Recklinghausen in Westfalen geboren. Seit Ostern 1890 besuchte ich die Volksschule, seit Ostern 1894 das Gymnasium meiner Vaterstadt und erhielt dortselbst Ostern 1903 das Zeugnis der Reife. Ich widmete mich dem Studium der Medizin zunächst auf den Universitäten Marburg und Würzburg, kehrte dann nach Marburg zurück und bestand hier im Sommer 1905 die ärztliche Vorprüfung. Meine klinischen Semester verbrachte ich in Berlin und Kiel. Hier bestand ich am 17. Juni 1908 das medizinische Staatsexamen. Nach Absolvierung des praktischen Jahres am Krankenhause »Maria Hilf« zu München-Gladbach und am städtischen Krankenhause zu Rheydt erhielt ich am 1. Juli 1909 die Approbation als Arzt. Seit dieser Zeit bin ich als Vertreter praktischer Ärzte tätig.